Aus dem Pathologisch-anatomischen Institut der
Universität zu Breslau.
(Direktor: Professor Dr. Henke.)

Über nicht carcinomatöse Speiseröhrengeschwülste;

zugleich ein Beitrag zur Kasuistik der Oesophagusstenose infolge vertebraler Exostosen.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Arthur Pincsohn,
approb. Arzt.

Breslau 1920.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Henke.

Gegenüber den Carcinomen der Speiseröhre treten die sonst dort beobachteten Neubildungen ganz in den Hintergrund. Die Seltenheit des Vorkommens nichtkrebsiger Neubildungen ist dadurch gekennzeichnet, daß fast jeder Fall Anlaß zu einer kasuistischen Mitteilung gegeben hat. Die bis dahin beschriebenen 34 primären Sarkome hat Reith in einer Dissertation zusammengestellt. Papillome, weißliche Verdickungen der Schleimhaut, sollen bei älteren Leuten häufiger vorkommen und sind makroskopisch und histologisch genau von Zenker und Ziemssen beschrieben worden. Über Lipome und Adenome existieren nur spärliche Veröffentlichungen, während 29 Fälle von Fibromyomen bekannt sind. Über Fibrome lauten die Angaben betreffs der Häufigkeit des Auftretens widersprechend; ich bin der Ansicht, daß durch eine Verquickung des Wortes Fibrom und Polyp, in Analogie mit den Nasenpolypen, viele in gestielter Form auftretende, andersartig aufgebaute Tumoren fälschlicherweise den bindegewebigen Geschwülsten zugerechnet wurden.

In dem hier veröffentlichten Fall lag ein weiches Fibrom vor.

Bei einem 56jährigen Fabrikarbeiter, der wegen unbestimmter Magenbeschwerden die chirurgische Klinik aufsuchte, stieß man bei Sondierungsversuchen in Höhe der Cardia auf einen Widerstand. Die wegen Verdacht auf Tumor cardiae vorgenommene Röntgenaufnahme sowie Oesophagoskopie klärten den Grund des Hindernisses nicht auf. Bald nach der Oesophagoskopie stellten sich Erscheinungen ein, die für eine Kontinuitätstrennung der Speiseröhre sprachen; die vorgenommene Oesophagotomie bestätigte den Verdacht. Nachdem einige Tage darauf ein rechtsseitiges Empyem hinzutrat und, um bessere Ernährungsverhältnisse zu schaffen, eine Witzelsche Magenfistel angelegt wurde, kam der Patient durch Herzschwäche ad exitum.

Die Sektion ergab u. a. eine in Höhe des unteren Randes des Ringknorpels breitbasig aufsitzende, haselnußgroße, polypöse Geschwulst der Speiseröhre, die mit ihrem Stiel durch einen unterhalb gelegenen, ungefähr 1 cm langen, schlitzförmigen Riß des Oesophagus in eine im Mediastinum gelegene Abszeßhöhle hin-

einragte, ferner Exostosen der Zwischenwirbelscheiben zwischen 9., 10., 11. und 12. Wirbel, und ein an der kleinen Kurvatur sitzendes rundes Magengeschwür.

Die histologische Untersuchung der Geschwulst zeigte das Bild eines mit reichlich Entzündungselementen durchsetzten weichen Fibroms.

Bemerkenswert war bei der mikroskopischen Durchmusterung der angefertigten Schnitte, daß an der Insertionsstelle der Geschwulst die Oesophaguswand in ihrer gesamten Dicke von einer der Breite des Stiels entsprechenden bindegewebigen Substanz getrennt war, die sich wie ein Keil zwischen die Wandschichten der Speiseröhre einschob. Zur Klärung dieses immerhin seltenen Befundes kann man zwei Ansichten anführen, die, obgleich vollkommen entgegengesetzt, am meisten Wahrscheinlichkeit besitzen. Die eine Anschauung wäre die, daß es sich bei der Entstehung des Tumors und des bindegewebigen Keils um zwei sowohl ursächlich als auch zeitlich verschiedene Prozesse handelt, d. h. daß das als Stiel imponierende Gewebe als ein entzündliches Granulationsgewebe aufzufassen ist, das seine Ursache in einer Speiseröhrenwandschädigung infolge Bakterienwirkung (Mediastinalabszeß) hat; die andere Ansicht, daß der Tumor und das fragliche Gewebe als Stiel der Geschwulst kongenital angelegt sind.

Aus dem ganzen klinischen Verlauf muß wohl ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Perforation der Speiseröhre und der Oesophagoskopie angenommen werden; aufzuklären ist nur noch der Grund der in Höhe der Cardia bestehenden Stenose der Speiseröhre. Unter Ablehnung der Anschauung einer direkten Kompression des Oesophagus durch die Exostosen komme ich zu dem Schluß, daß das Sondierungshindernis in einer Einkeilung des untersten Speiseröhrenabschnittes zwischen Wirbelsäule, rechtsgelegenen Exostosen, der Aorta und dem hochgedrängten Zwerchfell bestand. Das Ausschlaggebende ist dabei nach Zahns Untersuchungen, der über zwei sowohl klinisch als auch anatomisch ähnliche Fälle berichtete, der Hochstand des Zwerchfells, der in diesem Falle durch eine Auftreibung des Magens infolge abnormer Gärungen bei dem bestehenden Ulcus bedingt war.